

Este formulario está disponible en el sitio en la red para formularios de DSHS en:
<http://www.wa.gov/dshs/dshsforms/forms/eforms.html>.



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
VERIFICACIÓN DE SERVICIO
 Y
PLANTILLA DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO	
TIPO DE PROGRAMA	
<input type="checkbox"/> Family Support (Apoyo familiar)	<input type="checkbox"/> Alternative Living (Vivienda alternativa)
<input type="checkbox"/> Medicaid Personal care (Cuidado personal de Medicare)	<input type="checkbox"/> VPP Attendant Care (Cuidado de acompañante VPP)
<input type="checkbox"/> Attendant Care (Cuidado de acompañante)	<input type="checkbox"/> VPP Respite Care (Cuidado de relevo VPP)

NOMBRE DEL CLIENTE
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

SERVICE VERIFICATION AND ATTENDANCE RECORD

MES	ANO
-----	-----

FECHAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		AM PM														
A	HORA EN QUE COMENZÓ EL SERVICIO															
B	HORA EN QUE TERMINÓ EL SERVICIO															
C	TRANSPORTE DEL CLIENTE															
D	MILLAS RECORRIDAS POR EL PROVEEDOR															

FECHAS		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL MENSUAL
		AM PM																
A	HORA EN QUE COMENZÓ EL SERVICIO																	
B	HORA EN QUE TERMINÓ EL SERVICIO																	
C	TRANSPORTE DEL CLIENTE																	
D	MILLAS RECORRIDAS POR EL PROVEEDOR																	

Firmado por: _____
 CLIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR

INSTRUCCIONES:

- A. Ingresar la hora en que comenzó el servicio - indicar AM o PM según corresponda.
- B. Ingresar la hora en que terminó el servicio - indicar AM o PM según corresponda.
- C. Transporte del cliente: Todas las millas recorridas al transportar al cliente bajo la autorización de SSFS.
- D. Millas recorridas por el proveedor: Ingresar las millas recorridas desde y hacia el cliente con el propósito de proveer servicio bajo la autorización de SSFS.
- E. Mantener los formularios de verificación llenados en sus archivos por seis (6) años. DDD o DSHS podrían requerir copias.